ANNÉE 1914 — THÈSE — N° —

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mme Nechama PINESS

Née à Bialystok (Russie), le 28 mars 1887
Ancienne externe des Hôpitaux

DES

HÉMORRAGIES UTÉRINES

CHEZ LES OBÈSES

Président : M. ALBERT ROBIN, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)
—
1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde et respectueuse affection et ma plus vive reconnaissance de leur immense dévouement.

A MON FILS BIEN-AIMÉ

A MON FRÈRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

(1909-1910)

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAYEM

(1910-1911)

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

(1913)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

(1912)

MONSIEUR LE PROFESSEUR SCHWARTZ

(1911-1912)

MONSIEUR LE PROFESSEUR TUFFIER

(1900)

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBIN

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DALCHÉ

A la première page de notre modeste travail, nous tenons à exprimer toute notre gratitude à M. le Dr Dalché, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a aidé par ses conseils toujours utiles et instructifs.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître, M. le Dr Dalché, à l'Hôtel-Dieu, plusieurs cas de femmes obèses présentant des métrorragies.

On est habitué à voir des tendances à l'aménorrhée chez des femmes obèses. Les faits de coïncidence des hémorragies utérines avec l'obésité nous ont semblé intéressants et, sur le conseil de notre maître, M. le Dr Dalché, nous en avons fait le sujet de notre thèse.

Dans notre modeste travail nous nous sommes efforcé d'envisager les rapports des hémorragies génitales avec l'obésité, les causes qui donnent naissance, d'une part, à la polysarcie et d'autre part aux métrorragies, car le plus souvent elles procèdent de la même cause, bien plus qu'elles ne dépendent l'une de l'autre ; nous en avons étudié les symptômes, le diagnostic et le traitement.

DES

HÉMORRAGIES UTÉRINES

CHEZ LES OBÈSES

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les médecins de toutes les époques ont remarqué que les fonctions génitales s'accomplissent irrégulièrement chez les femmes obèses.

Hippocrate avait déjà remarqué le fait de la coïncidence fréquente de l'obésité avec les troubles menstruels.

Selon les idées classiques, les femmes obèses sont non ou peu réglées. Mais déjà Dardonville, dans sa dissertation sur l'obésité (thèse de Paris, 1811), rapporte 2 observations où le flux menstruel abondant, non seulement coïncide avec un embonpoint extrême, mais selon la conception de l'auteur, en est la cause.

Maccary cite un exemple pareil.

En 1866 (*Gazette des Hôpitaux*, 1866) Doncel publiait un travail sur les métrorragies chez les

femmes chargées d'embonpoint, en ayant bien soin de spécifier : « cela sans maladie appréciable de l'organe utérin ».

En 1867 (Kisch, *die Fettleibigkeit*), Kisch, qui a étudié les relations qui existent entre l'obésité et certaines maladies sexuelles, a observé 215 cas où il a constaté surtout des anomalies de la menstruation : règles peu abondantes et aménorrhée, et aussi, quoique plus rarement, la ménorragie.

En 1875 (Glaise, *Grossesse adipeuse*, thèse de Paris, 1875), Glaise, dans sa thèse, sous le nom « de grossesse adipeuse », cite un cas d'une femme obèse chez laquelle les règles sont plus abondantes qu'à l'ordinaire.

Guéniot, en 1878, décrit un prolapsus graisseux de l'abdomen qui occasionne des douleurs dans les lombes et dans l'hypogastre avec fatigue, tiraillement au niveau des flancs et métrorragies.

En 1892 (*Bulletin et Mémoire de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrie,* Bordeaux), Monod fait une communication sur les hémorragies utérines chez les femmes âgées, en citant trois exemples de femmes obèses ayant des métrorragies et en même temps Piéchaud, Rivière, André Boursier en citent d'autres.

En 1910, Apert, au cours de ses travaux sur les dystrophies en relation avec les lésions de capsules surrénales, nous montre que dans ces cas il existe pour les jeunes filles une puberté précoce avec adi-

posité et pour les femmes à la ménopause une adiposité exagérée et des hémorragies utérines.

En 1913 (Dalché, *Obésité et métrorragies* [*Semaine gynécologique*]), Dalché publie le cas d'une malade très obèse atteinte d'une métrorragie et à cette occasion fait une courte étude des hémorragies utérines chez les femmes chargées d'embonpoint.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Dans ce chapitre, nous tâcherons d'étudier successivement : les rapports qui existent entre l'obésité et les métrorragies et les causes qui leur donnent naissance, en tâchant de mettre en évidence que, le plus souvent, la polysarcie et les hémorragies utérines procèdent de la même cause ; bien plus qu'elles ne dépendent l'une de l'autre.

I. — Rapport entre l'obésité et les métrorragies

En 1866, Dancel publiait dans *la Gazette des Hôpitaux* un travail sur les métrorragies chez les femmes chargées d'embonpoint, en ayant bien soin de spécifier : « cela sans maladie appréciable de l'organe utérin ». Dans les observations publiées par Dancel, que nous rapportons à la fin de notre travail (obs. I, II, III), il s'agit de femmes pesant 242 livres (obs. I), 236 livres (obs. II), 181 livres (obs. III) pour lesquelles on a songé à diverses affections utérines et dont les pertes de sang se sont seulement arrêtées sous l'influence d'un traitement que l'auteur appelle anti-obésique. Selon la conception

de l'auteur, la polysarcie serait une prédisposition aux métrorragies et il fait intervenir deux facteurs capables, suivant lui, d'expliquer les pertes utérines chez les femmes très grasses : d'une part, le manque de tonicité des tissus qui sont pénétrés d'une énorme proportion d'eau, d'autre part, l'état aqueux du sang qui est peu riche en globules rouges. Dancel pense que « ces métrorragies sont de la nature de celles dont sont atteintes les femmes chlorotiques ». D'après Dalché, dans ces cas, « il s'agit de femmes qui sont atteintes d'insuffisance ovarienne, ou plutôt, suivant la très judicieuse expression de Léopold Lévi, d'instabilité ovarienne. L'obésité et les hémorragies utérines procèdent ici de la même cause bien plus qu'elles ne dépendent l'une de l'autre. La comparaison avec la chlorose ménorragique s'était déjà imposée à Dancel ; elle s'impose à nous, bien plus maintenant après les travaux d'Émile Weil sur les métrorragies virginales, l'efficacité de leur traitement par le sérum animal, après ses études sur les qualités du sang et son mode d'écoulement. Ce sont des métrorragies d'origine humorale.

Si l'obésité est capable d'engendrer des pertes de sang, inversement des métrorragies (comme d'ailleurs toutes les autres hémorragies répétées et longtemps prolongées) peuvent entraîner une anémie assez prononcée. Cette anémie, par l'insuffisance des oxydations, par suite de la diminution de l'hémoglobine, peut provoquer l'obésité.

Dardonville, dans sa dissertation sur l'obésité, (thèse de Paris, 1811) avait déjà cité ce fait, et suivant cet auteur,« le flux menstruel trop considérable peut aussi déterminer une faiblesse générale, occasionner la maladie (l'obésité) qui nous occupe. J'ai observé dans le département du Calvados une femme extrêmement jolie, atteinte d'un grand embonpoint, lequel gêne beaucoup la malade lorsqu'elle marche. Les règles sont très abondantes. Elle a eu fréquemment des hémorragies nasales et une leucorrhée très abondante qui est parfois d'une couleur rougeâtre ».

Macarry rapporte l'histoire d'une vénétienne rendue célèbre par la grande quantité de sang qu'elle perdait tous les mois par ses règles (165 onces) et qui en outre se faisait saigner plusieurs fois dans l'année ; cette femme avait atteint un état de polysarcie extrême.

Claude Bernard a confirmé,par l'expérimentation, ce fait d'obésité réalisée par des hémorragies répétées et prolongées.

Dans ce cas d'adiposité exagérée provoquée par des hémorragies répétées se trouvent évidemment certaines femmes qui ont des fibromes de l'utérus ou des métrites hémorragiques et certaines jeunes filles atteintes de chlorose ménorragique.

II

Causes communes a l'obésité et aux métrorragies

L'obésité qui est si fréquente chez la femme est loin d'être univoque et l'origine de cet état morbide peut remonter à des causes bien différentes.

Parmi ces causes les plus importantes sont les troubles des glandes à sécrétion interne et l'hérédité arthritique qui, en même temps, peuvent donner naissance à des troubles dans la sphère génitale de la femme.

Obésité et métrorragies d'origine endocrinienne. — Il est un fait démontré que les troubles fonctionnels de la plupart des glandes à sécrétion interne qui règlent les phénomènes de la nutrition sont capables de provoquer l'obésité et des troubles utérins.

Le rôle de l'ovaire est prouvé par l'expérimentation et la clinique. La castration chez l'animal entraine des changements profonds : modifications de la taille, formes arrondies, caractère doux, indolence, etc.

La suralimentation dans ces cas donne rapidement naissance à la polysarcie.

Dans l'espèce humaine, la castration précoce ou tardive, des modifications ou des troubles de la sécrétion interne des glandes génitales donne lieu à

des phénomènes analogues et produit une variété spéciale d'obésité dite « obésité génitale ». Elle se montre surtout chez la femme et est liée aux différents actes de sa vie génitale.

C'est ainsi que Carnot a distingué une obésité de la puberté, l'obésité post-nuptiale, celles de la grossesse et de la ménopause.

Les troubles menstruels qui surviennent sous l'influence de la dystrophie ovarienne, d'après Dalché (Dalché, *les Dystrophies ovariennes* | *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 1901]), « ne consistent pas uniquement dans une suppression ou diminution des règles, comme on serait tenté de le croire au premier abord.

» L'aménorrhée, durant une ou deux périodes, ou beaucoup plus longtemps, est à coup sûr un phénomène des plus fréquents ; d'autres fois le sang parait tous les mois, mais il coule à peine un jour, quelques heures ; le flux se montre peu coloré, précédé et suivi d'une leucorrhée fluide, peu épaisse.

» Les malades accusent surtout de la dysménorrhée, des règles difficiles à s'établir, douloureuses ; *enfin nous en voyons qui sont prises de véritables ménorragies*. Ce fonctionnement défectueux n'est jamais plus net qu'à la ménopause où la même femme, après avoir cessé d'être réglée pendant des mois, a tout à coup des pertes de sang abondantes, longues, qui s'établissent sans cause apparente et se reproduisent pendant plusieurs périodes consécutives, pour être encore suivies d'une phase d'aménorrhée.

» Beaucoup de ménorragies de la puberté relèvent de la même cause, donc nous reconnaissons encore les conséquences au cours de la vie génitale. En effet, ces divers états se combinent. La plupart de nos malades nous disent qu'elles ne sont pas régulièrement menstruées ; toujours en avance ou en retard, leurs règles sont *tantôt abondantes*, tantôt douloureuses, tantôt supprimées. Un certain nombre passe plusieurs époques sans la moindre apparition même avortée du flux cataménial. J'ai soigné une femme de vingt-trois ans (n° 22, salle Maurice-Raynaud, à Tenon) qui restait trois mois en aménorrhée complète ; puis le sang se montrait assez abondamment deux fois dans le même mois. »

Les hémorragies utérines et l'obésité d'origine ovarienne sont expliquées par Vinay de la façon suivante : la sécrétion interne de l'ovaire agit sur la pression sanguine, sur les combustions organiques, sur le système nerveux bulbo-médullaire et sur la destruction de déchets de l'organisme : 1° elle abaisse d'une façon marquée et durable la pression sanguine ; lorsqu'elle fait défaut, son absence vient rompre l'équilibre physiologique en cessant de contrebalancer l'action antagoniste des glandes hypertensives, comme les glandes surrénales, d'où vient l'hypertension et les métrorragies ; 2° elle manifeste son influence sur la nutrition générale en activant la combustion intra organique et en augmentant le coefficient d'oxydation. Quand cette influence diminue ou fait défaut, survient l'obésité.

* * *

La glande thyroïde a une action non moins certaine sur la genèse de la polysarcie et des troubles utérins. L'insuffisance thyroïdienne entraîne un certain nombre de troubles de la nutrition et ces troubles se manifestent au maximum dans le myxœdème et du fait de la thyroïdectomie. Ces troubles sont surtout la conséquence du ralentissement des échanges nutritifs. L'obésité est un syndrome déterminé par des causes multiples, associées. La sédentarité, le défaut d'exercice musculaire, prédisposent, sans doute, à l'obésité, mais elle ne se produit que lorsqu'il y a un trouble de « l'équilibre adipogénique ».

Cet équilibre peut être troublé par l'insuffisance thyroïdienne, d'où obésité d'origine thyroïdienne.

L'expérimentation et la clinique confirment ce fait. Si on enlève le corps thyroïde chez l'animal, en respectant les parathyroïdes, on provoque souvent la polysarcie limitée, généralisée.

Hertoghe a vu, par exemple, un taureau privé de la glande thyroïde, augmenter en quelques mois de 29 kilogrammes. Chauffard trouva la sclérose de la glande thyroïde chez une obèse héréditaire.

Dercum, dans les cas de la maladie qui porte son nom, a trouvé le corps thyroïde réduit de volume et altéré toutes les fois qu'il a eu l'occasion de l'examiner. En même temps qu'on observe de la polysarcie

comme conséquence de l'insuffisance thyroïdienne, on voit survenir des troubles du fonctionnement sexuel. Dans un grand nombre de cas, Hertoghe d'Anvers, a observé chez les femmes présentant les petits signes d'insuffisance thyroïdienne des règles avancées, de longue durée et très abondantes ; parfois des ménorragies ou même des métrorragies que cet auteur attribue à une réaction inverse et excessive de l'ovaire.

* * *

L'obésité d'origine *surrénale* semble avoir une prédilection toute spéciale pour le sexe féminin.

Apert, au cours de ses travaux sur les dystrophies en relation avec les lésions de capsules surrénales, croit pouvoir affirmer l'existence d'un syndrome symptomatique particulier, sous la dépendance d'altérations de la substance corticale des capsules surrénales.

Selon Apert, il s'agit de deux syndromes opposés, l'un en rapport avec les altérations hyperplasiques de la substance corticale (hyperépnéphrie), l'autre inverse du premier, en rapport avec les altérations atrophiques ou sclérosantes de cette même substance corticale (hypoépnéphrie).

Dans les cas d'hyperépnéphrie, le syndrome comporte les trois éléments suivants : 1° excès de développement du système pileux ; 2° excès de déve-

loppement du tissu adipeux ; 3° excès de développement corporel avec troubles des fonctions génitales.

Dans le cas d'hyperépnéphrie les faits sont pour ainsi dire opposés : 1° insuffisance du développement du système pileux ; 2° insuffisance du développement du tissu adipeux ; insuffisance du développement corporel. Chez la femme, selon que la maladie débute dans l'enfance, dans la période d'activité génitale ou plus tardivement, on a des formes variées de la maladie.

Quand la maladie survient dans l'enfance, elle se traduit par une exagération du développement corporel, avec apparition précoce de la puberté, avec adiposité et hypertrychose.

Quand la maladie survient au cours de la période d'activité sexuelle, c'est-à-dire à l'âge des premières règles, à la ménopause, les symptômes sont une adiposité très marquée, l'hypertrichose et l'arrêt des règlse.

Quand la maladie survient tardivement, à la période de déclin sexuel, aux approches de la ménopause, elle est fruste, pour ainsi dire ; il n'y a plus d'exagération du système pileux. Il n'y a qu'une adiposité exagérée. Du côté de la sphère génitale on observe des hémorragies utérines.

C'est ainsi que les faits se sont passés dans le cas de Santi rapporté par Apert (obs. VII).

* *
*

Dans les cas des *tumeurs de l'hypophyse*, l'obésité peut atteindre un développement prodigieux ; mais l'influence de l'hypophyse sur la genèse des pertes n'est pas encore suffisamment élucidée. Dans le syndrome adiposo-génital (syndrome de Frôhlich) c'est l'aménorrhée qui domine.

Cependant nous avons *eu* l'occasion d'observer (obs. VI) une malade très obèse qui était entrée à l'hôpital pour des métrorragies.

La céphalée, les vertiges, les syncopes, les troubles visuels, la glycosurie, l'obésité que présentait cette malade faisaient évidemment penser à l'hyperhypophysie ; le développement du système pileux, les manifestations cutanées et les métrorragies pouvaient être attribuées à une hyperépinéphrie, consécutive à l'hyperhypophysie, car par l'expérimentation Baduel a constaté trois fois sur dix une hypertrophie des surrénales portant sur la substance corticale, après trois ou cinq mois de traitement par injections intra-veineuses d'hypophyse.

Obésité et hémorragies utérines d'origine arthritique

Les glandes à sécrétion interne ne doivent pas être seules incriminées dans la génèse des pertes utérines chez une polysarcique. L'hérédité arthritique est une cause prédisposante non moins efficace.

Suivant Bouchard, l'obèse est une arthritique, une

goutteuse, une auto-intoxiquée, une ralentie de la nutrition.

L'arthritique grasse est une femme apathique, molle, lymphatique. Elle paraît prédisposée surtout au relâchement des tissus fibreux et, par là, aux poussées congestives, aux varices, aux hémorroïdes. Les règles sont le plus souvent abondantes et prolongées ; la période intermenstruelle est souvent marquée par une hypersécrétion glandulaire plus ou moins considérable.

La puberté est relativement précoce chez les jeunes filles de souche arthritique et on observe chez elles des métrorragies, attribuées par Doléris à une congestion passagère de l'appareil utéro-ovarien.

Les ménorragies arthritiques constituent une grande partie des ménorragies dites essentielles. C'est un point qui n'avait pas échappé à la perspicacité des vieux gynécologues, puisque Storck notait « la tendance aux poussées fluxionnaires » de l'appareil génital des neuro-arthritiques.

Barthez consacrait à l'hémorragie utérine causée par la goutte (et les goutteuses sont assez fréquemment obèses) un chapitre que résument assez bien les phrases suivantes : « La goutte qui se porte à la matrice peut déterminer ou aggraver une hémorragie de ce viscère. Cette hémorragie peut être, quoique rarement, salutaire jusqu'à un certain point ; mais même alors, elle devient symptomatique et nuisible. » Des auteurs modernes, Fritsch fait la remarque que c'est en effet chez les arthritiques du type gras, chez

les pléthoriques, les polysarciques et les obèses, que s'observent surtout les métrorragies *sine materia*. Ceci s'explique par ce fait que, d'une façon générale, la dystrophie arthritique détermine dans l'utérus, comme dans tout autre organe, un éréthisme circulatoire, générateur d'hémorragies.

Certains auteurs ont pensé que l'arthritisme pourrait réaliser la congestion du petit bassin en produisant une dilatation passive des veines de la région (varices pelviennes avec ou sans lésions de leurs parois) (P. Petit, *Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1891). On a également invoqué l'hypertension artérielle (Huchard) et l'artério-sclérose (Doléris) ; l'hyperhémie ovarienne (Lawson-Tait), certaines ruptures vasculaires (Auvard), en particulier de petits athéromes artériels (Reinicke) et d'anévrisme capillaires (Raciborsky).

L'obésité d'origine toxique et infectieuse peut aussi donner lieu à des pertes utérines. Ainsi l'intoxication par le phosphore peut provoquer une adiposité exagérée, et c'est aussi chez ces malades, qu'on observe une grande tendance aux hémorragies, surtout au niveau de l'utérus. L'obésité infectieuse, la plus fréquente, est l'obésité post-typhique ; or, Siredey a signalé des métrorragies chez des jeunes filles en convalescence de la fièvre typhoïde.

* * *

Nous aurons fini notre article d'étiologie des

métrorragies chez les obèses, lorque nous aurons dit que les obèses sont souvent des hépatiques, des rénales, des cardiaques ; or, l'influence des états du foie, des diverses lithiases, des maladies générales, etc, sur l'apparition des métrorragies, a été observée par un grand nombre d'auteurs.

En dernier lieu, nous citerons la coïncidence possible de l'obésité et d'une lésion utérine. Une polysarcique peut être atteinte d'une sclérose de l'utérus, d'une métrite, d'un fibrome, etc ; et selon M. Dalché « la part qui revient à chacune des causes n'est pas toujours facile à préciser. Il existe même des conditions étiologiques, aggravation des pertes d'une métrite par un état d'adiposité. »

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Les symptômes que présentent les obèses atteintes d'hémorragies utérines sont subordonnés à leur étiologie et aux diverses périodes de la vie sexuelle de la femme.

Ainsi, chez les femmes atteintes d'insuffisance ou d'instabilité ovarienne, les menstrues, après avoir paru régulièrement et avec un sang normal, présentent, suivant Dalché, des variations dans leur durée, dans l'époque de leur apparition et dans la nature du sang sécrété ; puis quelquefois elles cessent complètement de paraître ; puis il succède à ces mêmes perturbations des pertes utérines continues. Il en était ainsi dans le cas que nous avons observé nous-même. La malade que nous avons étudiée (obs. V) a été réglée à treize ans et toujours régulièrement. Depuis un certain temps elle s'était mise à engraisser et depuis ce temps elle présente des troubles utérins, des hémorragies utérines, qui durent depuis quatorze mois; les pertes sont abondantes et ne présentent aucune périodicité, car la malade ne reconnaît plus ses règles. Cette période des métrorragies a été

précédée chez elle par une phase d'aménorrhée d'une durée de trois mois.

Dalché a souvent observé chez les obèses des phases d'aménorrhée précédant des hémorragies utérines ou se combinant avec elles. Il en était ainsi chez une jeune dame qui a été observée par cet auteur et chez laquelle les époques venaient à des dates toujours fort irrégulières et très souvent éloignées; chez cette malade on crut d'abord à une grossesse suivie d'une fausse couche. Il fallut bien se rendre à l'évidence que ce n'était pas une fausse couche, mais une métrorragie chez une obèse. Nous trouvons les mêmes exemples de phases d'aménorrhée précédant la métrorragie dans les observations de Dancel (obs. I) de même que les modifications du sang excrété.

A côté des troubles utérins que présentent ces malades, on peut trouver tous les signes d'insuffisance ovarienne : les céphalées sont fréquentes, les tachycardies ne manquent presque jamais, le pouls bat à 100, 104 (obs. V). Chez certaines jeunes femmes en particulier, cette tachycardie s'accompagne de palpitations qui inquiètent les malades, mais, d'après Dalché, on n'observe pas de menaces d'asystolie. D'après cet auteur, on entend parfois des souffles, mais ces bruits peuvent disparaître ou se modifier.

Chez beaucoup de malades, le corps thyroïde est modifié ; dans un grand nombre de cas publiés par divers auteurs on relève qu'il y a « peu de thyroïde », que le corps thyroïde est petit, cependant une aug-

mentation légère ou moyenne n'est pas absolument rare. En même temps, on observe chez ces malades quelques modifications du côté des yeux. Il ne s'agit pas de phénomènes très marqués : les yeux font une saillie légère, mais apparente, assez souvent on trouve une dilatation des pupilles (obs. V).

Les symptômes qu'on remarque au niveau de la peau sont assez nombreux et variés. Un des plus gênants consiste en bouffées de chaleur qui montent à la face, se généralisent quelquefois à la surface du corps et amènent la rougeur des téguments. Des crises de sueurs accompagnent souvent les bouffées de chaleur.

Quant aux troubles dyspeptiques, il en existe dans le plus grand nombre de cas, affectant des manifestations diverses. Ces malades souffrent de constipations chroniques et d'entérite muco-membraneuse.

Elles ont fréquemment des troubles nerveux ; les unes souffrent de céphalée, de douleurs et de névralgies diverses, chez les autres ce sont des phénomènes d'asthénie qui dominent ; chez d'autres, c'est la tristesse, la mélancolie qui s'installe ou bien une grande émotivité : angoisses, phobies, etc. (obs. V).

Tous ces troubles de l'état général ont été décrits par des auteurs (Jayle, etc.), qui ont étudié les accidents de la ménopause chirurgicale.

Les mêmes troubles de l'état général et des métrorragies chez les obèses ont été observés par Vinay à la ménopause. D'après cet auteur à l'état normal, la

menstruation s'éteint lentement par la diminution progressive de la quantité du sang perdu. Les règles sont d'abord retardées pendant quelques semaines ou quelques mois, leur périodicité est troublée et après avoir disparu, elles reviennent jusqu'à ce que enfin elles cessent définitivement. Mais avec l'irrégularité, on voit souvent des pertes plus ou moins abondantes ; ces hémorragies arrivent sans cause anatomique spéciale, elles s'accompagnent de caillots et souvent les métrorragies sont douloureuses. En même temps que se manifestent les irrégularités, on peut voir apparaître les symptômes particuliers qui varient d'après les organes atteints, les antécédents personnels ou les maladies antérieures.

Les plus fréquents sont de nature congestive ou névropathique. Le pouls est modifié, son hypertension est fréquente. Comme ces malades sont des ralenties de la nutrition, l'obésité est habituelle. En même temps que les retards dans la menstruation, il se développe souvent des hémorragies par diverses voies, mais les plus ordinaires se passent du côté de l'utérus.

La tendance aux congestions et aux pertes de sang, qui en sont la suite est un phénomène fréquemment observé à cet âge de la vie. Ces hémorragies, qu'on croyait autrefois la conséquence des poussées fluxionnaires supplémentaires on les explique maintenant par les modifications qui se passent du côté de l'activité ovarienne. Après une période d'activité normale, on voit survenir une phase intermédiaire

d'ataxie ovarienne, comme l'appelle Jayle ; cette phase est prémonitoire de l'insuffisance définitive de l'organe. La sécrétion interne subit les mêmes oscillations d'intensité, elle règle les fluxions utérines en déterminant les alternances de l'aménorrhée et des métrorragies.

Tous les symptômes qu'on peut observer chez une obèse atteinte d'hémorragies utérines ne relèvent pas seulement de l'insuffisance ou de l'instabilité ovarienne. On peut voir l'insuffisance thyroïdienne ou l'instabilité thyroïdienne exister seule ou se combiner à l'insuffisance ou l'instabilité ovarienne (obs. V).

Les signes de l'insuffisance thyroïdienne, surtout les petits signes doivent alors être recherchés : les œdèmes transitoires, les troubles pilaires, comme la perte de cheveux, absence ou chute de sourcils, raréfaction du tiers externe du sourcil, les troubles de calorification : frilosité, refroidissement des extrémités, les troubles vaso-moteurs sous forme d'acro-asphyxie de livédo, d'engelures. La fatigue surtout le matin, la petite taille du sujet. Nous avons trouvé certains de ces signes (frilosité, refroidissement des extrémités, perte de cheveux, petite taille) dans un cas que nous observé (obs. V).

Mais tout n'est pas d'origine endocririenne dans la genèse de pertes chez les polysarciques. Une grande part revient à l'arthritisme.

Les jeunes filles obèses de souche arthritique ont, suivant Siredey, une puberté précoce et pénible et

dès le début de la menstruation elles ont une tendance aux hémorragies. D'après cet auteur, sans que les phénomènes prémonitoires des règles aient été plus accentués qu'ils ne le sont habituellement, l'écoulement dure chez elles six ou sept jours et présente une abondance exagérée. Plus tard les pertes de sang augmentent, elles durent dix ou douze jours à chaque époque menstruelle pour reparaître quinze ou dix-huit jours, après qu'elles ont cessé. Parfois même elles sont presque ininterrompues, la recrudescence de l'écoulement restant le seul vestige de sa périodicité ; puis elles deviennent irrégulières et les hémorragies alternent capricieusement avec l'aménorrhée. Après la puberté, les hémorragies utérines chez les obèses de souche arthritique se présentent avec les mêmes caractères, que pendant la puberté. D'après les auteurs les métrorragies soudaines, bruyantes à grand fracas sont relativement rares chez ce genre de malades. Il s'agit, comme chez les jeunes filles à la puberté, plutôt d'une prolongation habituelle et d'une fréquence excessive des règles, que d'hémorragies proprement dites.

D'après Lancereaux, les ménorragies qui précèdent ordinairement les métrorragies sont caractérisées par un flux menstruel beaucoup plus abondant qu'à l'état normal ; elles ont une durée de huit à dix jours avec de l'accablement, des malaises et de la fatigue. Les malades présentent à la suite des règles un écoulement presque continu et, dans certains cas, un flux sanguin est survenu périodique-

ment vers le onzième et douzième jour de l'espace intercalaire. Courty relate l'histoire d'une dame de quarante-cinq ans, goutteuse, hémorroïdaire, dont l'utérus était atteint d'une congestion s'exaspérant douze jours après la cessation du mois, au point de causer des douleurs vives, l'impossibilité de marcher et des troubles généraux graves.

D'après Dalché, ces pertes surviennent sans cause et tirent un caractère particulier de la tuméfaction de la matrice, des douleurs et de la fatigue qui les accompagnent. D'après cet auteur la douleur est un symptôme qu'on retrouve très souvent chez ces malades : douleurs précédant le moment cataménial, douleur dysménorrhéique diminuée, sinon calmée par l'éruption du sang, souffrances en dehors des règles rendant pénible la station debout, la marche, le moindre effort.

D'après Lancereaux, quand les troubles menstruels chez ce genre de malades n'ont pas fait leur apparition dès la puberté, ils peuvent encore débuter chez elles à la ménopause.

L'approche de celle-ci, qui est généralement tardive chez les femmes de souche arthritique, détermine chezelle la pléthore et l'obésité. Chez ce genre de malades on voit survenir tout à coup et sans raison apparente une métrorragie qui peut être considérable d'emblée et déterminer des phénomènes d'anémie intense : pouls petit, tendance syncopale, etc. Lancereaux a même observé ces fluxions utérines d'ori-

gine arthritique se manifester après la ménopause chez des femmes âgées.

En dernier lieu nous faisons la remarque que les obèses sont souvent des hépathiques, des lithiasiques, des cardiaques. Ces maladies ayant une grande influence sur la génèse des pertes utérines, la recherche de leurs symptômes ne doit pas être négligée chez une obèse atteinte d'hémorragies utérines.

Nous rencontrons enfin des cas plus complexes, la coïncidence de l'obésité et d'une lésion utérine. Les symptômes que présentent ces malades seront évidemment en rapport avec la lésion utérine.

Dans certains cas les symptômes utérins pourront être modifiés par l'état d'obésité de la malade et, suivant Dalché, « il existe même des combinaisons étiologiques, aggravation des pertes d'une métrite par un état d'obésité ».

Diagnostic

A la puberté. — D'après Siredey, les hémorragies utérines ne sont pas rares chez les jeunes filles. Elles se présentent généralement sous la forme de ménorragies, c'est-à-dire elles sont caractérisées par la durée insolite et par l'abondance excessive des règles ; elles sont souvent la conséquence des désordres généraux ou locaux, et par leur persistance elles peuvent exercer une influence fâcheuse sur l'organisme.

Les affections génitales chez les vierges sont rares, mais elles ne sont pas tout à fait exceptionnelles.

Les myomes peuvent apparaître dans le tissu utérin dès la puberté ; certaines malformations du corps ou du col utérin et, en particulier, l'allongement hypertrophique du col se rencontrent parfois ; endométrite fongueuse, salpingo-ovarite avec ou sans dégénérescence scléro-kystique des ovaires, peuvent être le point de départ des métrorragies plus ou moins persistantes et inexpliquées. Mais, en réalité, de pareils cas sont rares et, d'après Siredey, « ne s'appliquent qu'à un nombre très limité des pertes de sang que l'on observe chez les vierges ». Parmi les troubles de la santé générale qui les provoquent, il convient de citer en première ligne les maladies du cœur, et particulièrement le rétrécissement mitral, l'albuminurie, la chlorose exagérée, parfois aussi la durée des règles, ainsi que l'avait signalé Trousseau.

En présence de jeunes filles obèses atteintes de ménorragies, le diagnostic différentiel avec les ménorragies des chlorotiques s'impose surtout, car, d'une part, M. Dalché à vu des jeunes filles atteintes de ménorragies devenir obèses, et d'autre part, une polysarcique épuisée par des pertes hémorragiques peut s'acheminer vers un état d'anémie très prononcé.

Mais lorsqu'il s'agit de la chlorose la décoloration des téguments, la faiblesse, les troubles nerveux, loin d'avoir été précédés par les pertes de sang, s'observent en général avant l'apparition des pertes. Chez les obèses, les pertes de sang ont bien réellement

constitué le premier trouble de l'organisme et c'est en cela que s'affirme leur caractère essentiel. La santé a décliné d'une manière progressive en raison de la fréquence et de l'intensité des hémorragies.

L'examen du sang peut dans ces cas fournir des indications utiles. D'après Siredey, cet examen ne révèle chez les obèses ni les irrégularités dans la forme et dans le volume des globules ni la pénurie de matière colorante qui caractérisent les altérations hématiques de la chlorose.

Après la puberté les hémorragies utérines de cause locale sont beaucoup plus fréquentes ; métrites, salpingites, salpingo-ovarites s'observent couramment, mais il existe des cas où l'affection locale soupçonnée ne se confirme point par l'examen le plus attentif et dans ces cas, en présence d'une femme obèse, l'hypothèse d'une métrorragie essentielle, ou plus exactement, liée à une cause générale, s'impose.

A la ménopause. — D'après Vinay, la ménopause est constituée par le temps de passage entre la parfaite régularité des règles et le moment où leur suppression devient définitive. Lorsque cette suppression se produit il est bien rare que les femmes ne voient pas apparaître les accidents ou désordres qui relèvent de cette période intercalaire. Suivant cet auteur, les hémorragies utérines sont très fréquentes à cette période de la vie sexuelle de la femme. Souvent ces métrorragies ne sont que des phénomènes précurseurs d'une tumeur maligne, étant donné l'âge de la malade, mais il n'est pas rare de les voir apparaître

sans cause anatomique spéciale et dans ces cas elles sont, d'après Vinay, le plus fréquemment de nature congestive ou névropathique.

Le pouls est modifié, son hypertension est fréquente ; on observe des troubles d'origine endocrinienne, surtout dus à l'insuffisance ou à l'instabilité ovarienne ou thyro-ovarienne.

C'est encore à cette époque de la vie sexuelle de la femme qu'on peut observer les hémorragies utérines et l'adiposité due à un hyperfonctionnement des capsules surrénales.

Après la ménopause Monod, Piéchaud, ont observé des hémorragies utérines rebelles survenant chez des femmes bien portantes d'ailleurs, obèses, qui ont cessé d'être réglées de longues années et qui ne présentent aucune lésion appréciable des organes génitaux (obs. VIII).

Mais, à cet âge de la vie sexuelle de la femme, le diagnostic doit être très réservé, car dans la plupart des cas il s'agit de tumeurs malignes latentes, comme le prouve d'ailleurs une des observations de Monod (obs. XI).

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Le traitement des hémorragies utérines chez les obèses doit être un traitement local, c'est-à-dire de l'hémorragie elle-même, et un traitement de l'état général et de l'obésité.

I

Traitement local

D'après Dalché, les différentes médications vaso-constricteurs, ergotine, hydrastis, etc., n'amènent souvent qu'une amélioration légère dans les cas qui nous occupent. D'après cet auteur, le traitement local des hémorragies utérines chez les obèses doit être le suivant : repos au lit dans le décubitus dorsal, glace sur l'hypogastre, irrigations vaginales fraîches, puis froides (obs. V). Ces irrigations fraîches doivent être surtout préconisées chez les malades atoniques, tandis qu'il faudra s'en abstenir

chez les névralgiques auxquels les injections vaginales chaudes conviennent mieux.

A l'intérieur, la gélatine (obs V) et le chlorure de calcium.

En cas d'échec, l'emploi du sérum animal ou antitoxique s'impose *en lavement*, comme l'ordonne Emile Weil, en cas de ménorragies d'intensité moyenne. Il faut prescrire d'ordinaire de 3 à 5 lavements de sérum à la dose de 20 centimètres cubes.

Ces lavements doivent être commencés trois jours avant le début présumé des règles et continués les deux premiers jours.

En injections, suivis de lavements en cas de grandes ménorragies.

Dans ces cas on peut aussi utiliser l'action locale du sérum sous forme de pansement ou de tamponnement utérin ou vaginal (obs. VI).

La malade doit garder le lit pendant la durée de la perte ; mais dès que le flux cesse de couler, en sa qualité d'obèse elle a, au contraire, avantage à faire un certain exercice.

II

Traitement général

L'hémorragie arrêtée, il faut tenter de prévenir son retour et ce dernier temps de la thérapeutique est le plus difficile, ce qui se comprend puisqu'il

s'agit d'une hémorragie à retour physiologique périodique. Aussi doit-on s'efforcer moins de la supprimer que de la régulariser.

C'est à l'opothérapie qu'il convient de recourir. Nous avons vu, en effet, que nos malades présentent des troubles fonctionnels multiples des glandes vasculaires sanguines. Le traitement thyroïdien suffit souvent à régulariser le fonctionnement du corps thyroïde et de l'ovaire (obs. V).

L'opothérapie thyroïdienne sera prescrite à doses faibles, 0 gr. 25, 0 gr. 005. L'avantage des petites doses est à rapprocher du fait, qu'à l'état normal, c'est par de petites doses également que la glande thyroïde déverse ses produits dans le sang; des doses fortes au lieu de régler la glande pourraient exagérer les phénomènes d'instabilité. Au cours du traitement, il faut surveiller le pouls, le poids et les phénomènes nerveux.

Si le pouls dépasse 100 à 110 pulsations, il faut diminuer les doses ou suspendre le traitement. Il en sera de même s'il se produit de la diarrhée, des transpirations profuses, de la tachycardie, du tremblement, de l'insomnie.

Pendant les règles il est toujours prudent de suspendre la médication.

Quant à la durée du traitement, elle est indiquée par l'état des malades, mais il est bon, même après le rétablissement régulier des fonctions génitales et l'amélioration de l'état général, de laisser les malades à de très petites doses d'entretien. Il ne faut pas

cesser de surveiller les malades, le traitement prolongé pouvant provoquer des accidents divers.

Il y a des cas où l'opothérapie thyroïdienne peut être combinée à l'opothérapie ovarienne, mais d'après Weil cette médication n'a pas donné de succès notables.

Au contraire l'opothérapie mammaire et l'opothérapie hypophysaire, d'après cet auteur (obs. IV), ont souvent avantageusement modifié les hémorragies.

Ce n'est pas seulement comme régulatrice des fonctions génitales que l'opothérapie et surtout l'opothérapie thyroïdienne agit chez nos malades; en activant les échanges nutritifs elle contribue à la combustion des graisses et par là lutte contre l'obésité. Concurremment aux médications opothérapiques ou alternant avec elles ou les remplaçant, on prescrira un régime alimentaire anti-obésique combiné aux exercices modérés.

C'est d'ailleurs par l'exercice combiné au régime alimentaire que Daucel obtenait la guérison de ses malades. Un traitement hygiénique bien suivi doit toujours être préférable au traitement thyroïdien; surtout lorsqu'il existe des contre-indications de ce dernier : vieillesse, néphrite, diabète, cardiopathie; l'adipose cardiaque, manifestée par de l'irrégularité du pouls ou des œdèmes, doit en particulier y faire renoncer.

S'il existe une lésion utérine, cette médication

risque de demeurer impuissante et le traitement doit alors prendre une autre direction.

Citons en dernier lieu le cas où le simple prolapsus graisseux de l'abdomen produit des hémorragies utérines. Dans ces cas la simple portée d'une ceinture abdominale appropriée peut suffire pour arrêter les pertes (obs. X).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Dancel, *Gazette des Hôpitaux*, 1860.)

Dans le courant de l'année 1853, la dame d'un riche propriétaire du département de Seine-et-Oise vint me consulter pour diminuer son embonpoint. Elle était âgée de vingt-trois ans, mariée depuis six ans, ayant eu un enfant quinze mois après son mariage. Depuis lors, elle n'a plus eu de grossesse, mais elle a considérablement engraissé. Elle pèse 242 livres. Elle a souvent des maux de tête. Depuis sa couche, c'est-à-dire depuis trois ans et demi à quatre ans, elle n'a pas été bien reglée. Les menstrues parurent d'abord pendant huit jours, la fois suivante pendant quinze jours, puis un mois, pour ne revenir qu'à une époque fort éloignée. Elles reparurent enfin, mais depuis lors elles ne se sont plus arrêtées.

Pour la délivrer de cette véritable infirmité, elle suivit les prescriptions des médecins de la localité, et de plusieurs praticiens de Paris. Tous la soumirent à une médication tonique et astringente.

Les organes génitaux examinés avec soin, n'offrirent rien

d'anormal. L'on avait songé, malgré l'absence de douleurs, à la présence d'un polype naissant dans l'utérus. Je prescrivis à cette dame de manger beaucoup de viande, très peu de légumes, de boire le moins possible. Je la purgeai de temps en temps avec la scammonée ; après quatre mois de ce traitement, que j'appelle anti-obésique, Mme X..., avait perdu peu à peu de son embonpoint et était arrivée à ne plus peser que 202 livres au lieu de 242. Au bout de cinq ou six semaines de ce traitement, le sang s'était arrêté, puis les règles reparurent à trente jours de distance, avec un sang de bonne nature et une durée de quatre ou cinq jours.

Mme X..., n'avait plus de maux de tête, et se trouvait jouir d'une santé parfaite.

Je ne lui avais point prescrit l'usage de médicaments toniques. Elle avait fait et continuait de faire, deux fois par jour, des injections avec une légère décoction de feuilles de noyer.

Il y avait trois ans que j'avais cessé de donner des conseils à cette dame, lorsque son mari vint me dire que sa femme perdait de nouveau constamment du sang depuis trois mois. Sans avoir repris tout son embonpoint, elle avait cependant visiblement engraissé de nouveau. Je la fis suivre, encore une fois, le traitement anti-obésique. Au bout de deux mois elle avait perdu 15 livres de son poids. Sa perte s'arrêta, puis ses règles revinrent normalement.

Depuis lors j'ai revu souvent cette dame, qui tient compte toujours du régime alimentaire que je lui ai prescrit. Elle n'a point pris de nouveau de l'embonpoint, et elle continue de se bien porter.

OBSERVATION II

(Dancel, *Gazette des Hôpitaux*, 1866.)

Dans le mois d'avril de l'année 1865, une dame habitant les environs de Caen réclama mes conseils.

Elle m'écrivit qu'elle est âgée de cinquante-huit ans, mariée, ayant eu quatre enfants et fait deux fausses couches. Elle était très maigre dans sa jeunesse, mais elle a beaucoup engraissé puisqu'elle pèse aujourd'hui 236 livres. Elle mange bien et dort de même. Elle ne peut faire dix pas à cause de l'oppression qu'elle éprouve en marchant. Quand elle est debout, elle ressent des tiraillements dans les cuisses et dans les flancs. Son ventre est si distendu et pèse tant qu'il lui semble qu'il va s'arracher de son corps et tomber avec tout ce qu'il contient. Dans cet état, elle est condamnée depuis près d'un an à ne plus quitter sa chambre, où elle passe une partie du temps dans son lit, et l'autre dans un fauteuil.

Il y a sept ans elle éprouva des dérangements dans l'apparition de ses règles, qui finirent par disparaître. Elle était arrivée à son âge critique.

Il y a quatre ans, cette dame vint à Paris où elle séjourna huit jours, en se fatiguant en promenade et en veilles prolongées. Lorsqu'elle rentra chez elle à la campagne, elle fut prise d'une perte de sang qui depuis lors n'a pas cessé.

Mme X... se dit très sanguine, très forte, parce qu'elle perd souvent le matin, en se levant, de gros caillots de sang noir, et cela sans se sentir plus faible qu'à l'ordinaire. Pour mettre un

terme à cet écoulement, elle a fait usage des préparations de cannelle, de quinquina, de ratanhia, de cachou, de fer, etc.

Les injections toniques astringentes au ratanhia, etc., activaient plutôt que diminuaient la perte de sang. Celles faites avec une solution d'alun, l'arrêtaient pour une demi-journée, un jour.

Lorsqu'en 1853 je donnai des soins à la dame dont l'observation précède, c'était uniquement dans le but de diminuer son embonpoint et ne pensant pas que sa perte de sang pourrait en être modifiée. Ayant vu que par deux fois le traitement que je lui avais fait suivre avait fait cesser sa métrorragie chronique, j'ai pensé qu'en appliquant ce même traitement à la dame des environs de Caen, l'on arriverait également à faire disparaître la perte dont elle était depuis si longtemps atteinte. Je lui envoyai des instructions en ce sens.

Au bout de trois mois elle avait obtenu une notable diminution dans son poids. Elle pouvait se promener un peu sans trop souffrir, aller et venir, descendre de sa chambre au rez-de-chaussée et y remonter. Elle put entreprendre le voyage de Paris, où elle vint me voir dans les premiers jours de juillet. Sa perte existait toujours. Je remarquai que le sang qui tachait son linge était très pâle. Visités avec soin au spéculum, les organes génitaux n'offraient rien d'anormal.

L'écoulement ne fut point augmenté par les secousses et les fatigues que cette dame éprouva pendant son voyage. Depuis quelque temps elle ne perdait plus de gros caillots de sang le matin en quittant le lit. Au mois d'octobre, cette dame m'écrivit qu'elle avait complètement cessé de perdre du sang, qu'elle avait beaucoup de flueurs blanches, dont elle a été dès sa jeunesse fort incommodée.

A la fin de janvier dernier, époque où j'ai reçu de ses dernières nouvelles, Mme X... n'avait pas revu sa métrorragie et suivait toujours son régime alimentaire, avec lequel elle continuait de perdre de son embonpoint. Je ne lui ai fait faire d'autre médication que des injections avec une légère décoction de feuilles de noyer.

OBSERVATION III

(Dancel, *Gazette des Hôpitaux*, 1866.)

Au mois d'août 1865, Mme X..., habitant le département du Nord, vint me consulter.

Elle est âgée de trente ans, d'une petite taille (1 m. 50 de hauteur). Elle pèse 181 livres. Elle est mariée depuis six ans, n'a point eu d'enfants ni fait de fausses couches. Elle a toujours eu de l'embonpoint, mais depuis cinq ans, elle a engraissé d'une manière démesurée. En prenant sa grosse corpulence, il lui est survenu des maux de tête, de l'oppression, une extrême difficulté à marcher. Elle a toujours des douleurs dans les reins et dans les jambes, elle a souvent des palpitations et des picotements au cœur. Elle éprouve une grande douleur dans la région de la rate. Il y a cinq ans, ses règles, après avoir jusqu'alors paru régulièrement, se supprimèrent pendant six mois, puis revinrent à des époques irrégulières, enfin, elle n'a pas cessé d'être dans le sang depuis un an.

Les organes génitaux visités n'ont rien offert d'anormal.

Pour combattre les maux de tête dont elle est souvent affectée, elle a fait souvent usage de sangsues appliquées aux cuisses.

Elle a pris tous les médicaments toniques et astringents que l'on prescrit habituellement dans les métrorragies chroniques passives, sans aucun résultat favorable.

Cette dame a un bon teint, elle mange et dort bien. Malgré cette apparence de santé, je demande à être bien édifié sur l'état du cœur et de la rate, qui sont le siège de douleurs continuelles.

M. le professeur Trousseau examine la malade, ne trouve qu'un peu de gêne dans les battements du cœur et rien à noter du côté de la rate.

Mme X..., s'en retourne chez elle munie de mes instructions, qui lui prescrivent de vivre principalement de viande, de peu de légumes, de boire le moins possible et de se purger une ou deux fois par semaine avec de la scammonée, de faire chaque jour une ou deux injections dans une décoction légère de feuilles de noyer.

Le 3 octobre suivant, cette dame m'écrivit que sa perte de sang, qui avait augmenté depuis le 16 ou 17 septembre, s'arrêta le 21.

Elle avait remarqué que, pendant les cinq ou six derniers jours, sa perte ressemblait entièrement à celles qu'elle avait chaque mois, quand elle était bien réglée.

30 octobre. — Elle m'annonce que ses règles ont reparu le 17 de ce mois, d'une manière normale, et que si elle les voit le mois suivant elle croira au rétablissement de sa santé.

Au mois de janvier dernier, j'ai reçu des nouvelles de cette dame, qui me dit qu'elle continue à être réglée chaque mois d'une manière satisfaisante, qu'elle n'a plus de maux de tête, ni au cœur, ni à la rate, ni dans les reins, qu'elle a perdu beaucoup de son poids. Elle fait, chaque jour de beau temps, 4 ou 6 kilomètres à pied.

OBSERVATION IV

(*In* Collard-Huard)

(Prise avec M. Lévi à la clinique Rothschild.
Examen gynécologique fait par M. Siredey.)

Instabilité thyroïdienne à prédominance d'hypothyroïdie. Hyperovarie concomitante. — Obésité. — Métrorragie

Jeune fille de seize ans et demi, taille de 1 m. 46. Poids 58 kgr. 500.

Réglée à douze ans, régulièrement et abondamment. Pas de dysménorrhée.

Depuis deux ans les règles avancent et depuis un an l'avance est régulièrement de huit jours, et la durée se prolonge jusqu'à dix et quinze jours. Depuis le mois de décembre 1910, la malade souffre dans le ventre, pendant ses époques et dans leur intervalle. Sous l'influence de la marche et de la fatigue cette souffrance s'accentue, surtout à gauche, et elle est obligée de s'asseoir ou de s'étendre. Les dernières règles (4 février 1911) se prolongent sans arrêt ; la date du mois de mars a provoqué une recrudescence dans l'écoulement sanguin. En même temps la jeune fille grossit et présente un empâtement myxœdémateux.

Le système pileux est insuffisant, les cheveux sont courts, clairsemés. La malade s'enrhume presque constamment, éternuements fréquents, maux de gorge, grosses amygdales. Elle est très fatiguée, s'essouffle vite à la marche, ne peut ni monter des escaliers, ni courir sans être arrêtée par de violentes palpitations. Rien au cœur.

Les mains et le corps transpirent beaucoup. Le tremblement est marqué. Le sommeil est léger. Il y a un certain état nerveux, les fous rires succèdent facilement aux larmes.

M. Siredey pratique un toucher rectal et constate que l'ovaire gauche est dur, scléreux et bridé en même temps que très douloureux.

Mars 1911. — Après avoir pris 13 cachets d'extrait thyroïdien à 0 gr. 025, la jeune fille ne souffre plus de ses rhumes, mais les palpitations et les transpirations augmentent : 132 pulsations. On les compte en auscultant le cœur, tellement le tremblement des mains rend le pouls difficile à percevoir.

On suspend le traitement. On met la malade à un régime diurétique et végétarien et l'on donne du chlorure de cadium à la dose de 2 grammes par jour. Le 7 mars, les pertes s'arrêtent deux jours. Le 14 mars, elle prend des cachets d'hypophyse. Le 18 mars, pouls 120. Les pertes sont moins abondantes. Elle a maigri légèrement. Le teint est clair. Les paupières sont moins gonflées.

30 mars. — Les métrorragies continuent, les douleurs abdominales sont très accentuées. Telle est l'observation de cette malade encore à l'étude et en cours de traitement.

OBSERVATION V (Personnelle)

(Service de M. Dalché.)

Instabilité thyro-ovarienne. — Obésité. — Métrorragies

Mme Blanche M..., âgée de vingt-huit ans, entre à l'hôpital le 5 novembre 1913 pour des métrorragies.

Symptômes génitaux. — La malade a été réglée à treize ans toujours régulièrement, ne souffrait jamais au moment de ses règles ; leur durée a toujours été de trois, quatre jours, leur quantité et leur coloration normales.

Elle a eu trois enfants et une fausse couche ; elle a allaité chacun de ses enfants jusqu'à trente mois.

Il y a dix-sept mois les règles se suspendent ; cette aménorrée dure trois mois, puis lorsque le sang reparaît le flux ne cesse plus, si bien que depuis quatorze mois une perte coule sans s'arrêter.

Cette métrorragie continue varie d'abondance avec les jours et les semaines, amenant quelques caillots sans souffrance, mais les règles ne peuvent plus être reconnues.

A l'examen gynécologique, fait par M. Dalché, on trouve la matrice normale, celle d'une femme qui a eu trois enfants. Elle ne présente pas de leucorrhée ni une endométrite qu'on puisse accuser dans les hémorragies ; légère sclérose cicatricielle du col qui accompagne trois accouchements, toutefois il existe un certain prurit vulvaire.

Symptômes généraux. — La malade est restée chloro-anémique pendant sa jeunesse ; elle avait souvent froid aux mains et aux pieds. Il y a six mois, après l'allaitement de son dernier enfant, elle a commencé à engraisser. Elle est de petite taille et présente une obésité très prononcée.

Son ventre tombe en prolapsus adipeux, les seins ont acquis un volume des plus considérables, la saillie des clavicules reste effacée. La face est élargie. Les yeux font une saillie légère, mais prononcée ; ils ont un éclat spécial. Les pupilles sont dilatées. Les sourcils sont conservés, les dents bien plantées.

Depuis le début des accidents une acné rosée s'est installée sur le nez. Quand la malade se tient débout les membres inférieurs prennent une apparence violacée ; elle accuse une certaine frilosité.

Le corps thyroïde est petit.

Pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

L'auscultation des poumons et du cœur ne révèle aucun bruit pathologique, mais le pouls est à 90, 96, jusqu'à 104.

La patiente se plaint de céphalées, elle perd les cheveux, elle présente un léger tremblement de mains et depuis le commencement de sa maladie elle a des craintes, des angoisses et des phobies.

Cette malade a subi sans résultats divers traitements, dont un, où l'extrait mammaire était combiné avec un régime végétarien.

Depuis le 7 novembre, la malade prend dix centigrammes de poudre de thyroïde par jour, deux paquets de cinq grammes de gélatine, du jus de citron et des irrigations vaginales froides. Entre temps, une période de régime lacté intégral.

Au bout de plusieurs jours, les pertes se sont arrêtées.

OBSERVATION VI

(Communiquée par M. Dalché.)

Obésité. — Métrorragies. — Hyperhypophysie probable

Mme Renée D..., âgée de cinquante-sept ans, entre à l'hôpital, le 16 janvier 1911, pour des métrorragies.

Antécédents personnels. — A l'âge de dix-huit ans, rhumatisme articulaire aigu.

A l'âge de dix-neuf ans, crises gastriques d'origine indéterminée.

A l'âge de vingt-sept ans, fluxion de poitrine.

Passé génital. — Réglée à quinze ans. Les règles, peu abondantes et douloureuses, avaient toujours une légère avance.

A l'âge de trente-huit ans, grossesse, travail très lent, accouchement difficile d'un enfant mort-né

A la suite de cet accouchement, la menstruation se rétablit.

A l'âge de quarante-huit ans, survient une métrorragie abondante, accompagnée de douleurs dans le bas-ventre et qui se prolongent pendant plusieurs jours.

La malade entre alors à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Schwartz, qui pense à un fibrome; puis, quelques jours après, dans le service de M. Quénu. M. Duval lui fait une dilatation du col utérin et un curettage pour examen histologique.

Cet examen ne donne aucun renseignement.

L'hémorragie s'arrête, il apparaît des troubles vagues : céphalée, vertiges, transpiration abondante, bouffées de chaleur.

Les règles s'espacent et enfin disparaissent pendant trois ans. A cinquante et un ans, une nouvelle métrorragie, qui dure peu, se produit.

La malade passe une période d'aménorrhée de six mois, lorsque se produit une troisième hémorragie utérine.

Nouvelle période d'aménorrhée de six mois et, à cinquante trois ans, deux hémorragies utérines surviennent à dix jours

d'intervalle, le 10 et le 20 mai et, après ces hémorragies s'installe un écoulement sanguin peu abondant.

Cet écoulement apparaît tous les jours, interrompu cependant à certaines périodes.

Nouvelle période d'aménorrhée et, à l'âge de cinquante-sept ans, les pertes reparaissent en 1910, au mois de septembre, et depuis elles sont constantes.

L'état général est altéré.

La malade remarque un léger œdème malléolaire intermittent. Elle souffre de céphalées, de douleurs lombaires, se plaint de crampes, de cauchemars, a des vertiges, des nausées, de la constipation. Elle a de la pollakiurie nocturne. Elle accuse également des troubles visuels ; affaiblissement de la vue; des bourdonnements d'oreilles.

Examen. — Malade très impressionnable. Vertiges fréquents, surtout lorsque la malade passe de la position couchée à la station debout. On peut les provoquer à volonté, en particulier, après chaque examen au spéculum.

La vision est troublée ; il y a un affaiblissement de la vue, surtout pour les objets rapprochés.

C'est une malade au visage rouge, très grosse. Le ventre est énorme. La paroi abdominale épaisse, surchargée de tissu graisseux, peu résistante.

Le système pileux est très développé. Il existe sur la peau des taches et éphélides nombreuses. Les seins sont de volume normal. Le corps thyroïde est normal.

Appareil digestif. — Langue sale, anorexie, constipation.

Appareil circulatoire. — Pas de bruit anormal ; deuxième bruit claqué.

Pouls à 100-102.

Appareil respiratoire. — Rien aux poumons. Température normale.

Urines. — Le taux de l'urine oscille autour de 2 litres.

Légère albuminurie.

Glycosurie. — Deux dosages pratiqués à quelques jours d'intervalle ont donné le premier 9 grammes de sucre par litre, le deuxième 3 grammes.

Réflexes nerveux normaux.

L'examen gynécologique renseigne peu. Pas de déviation utérine. Col normal. Corps plutôt petit.

Traitement. — Régime antidiabétique.

Du 18 au 28 janvier. — 2 cachets de 0 gr. 20 d'extrait mammaire par jour. Pertes peu modifiées.

30 janvier. — Tamponnement à la gélatine ; mèches à peine colorées.

1er février. — Attouchement du col et pansement au sérum antidiphtérique.

2 février. — Les tampons enlevés sont très peu colorés. La malade perd un peu dans la journée.

Les pertes deviennent abondantes.

3 février. — On recommence le tamponnement à la gélatine. Douleurs. Pertes abondantes. Pansement au sérum antidiphtérique trois fois par semaine. Jusqu'au 9 février la malade perd moins.

OBSERVATION VII

(Santi, *Ipernefrome de rene et dell'ovaio : Atti de la Societa Italiana di ostetrice*, 1906-1907, p. 478.)

Femme de cinquante-trois ans, toujours bien portante avant la maladie actuelle, deux grossesses normales, menstruations toujours régulières jusqu'il y a six ans, époque à laquelle les pertes de sang deviennent de plus en plus fréquentes jusqu'à être continuelles quand elle entra à la clinique ; augmentation graduelle de volume de l'abdomen ; la dame était très grasse, au point que l'épaisseur de la paroi abdominale rendait le touché combiné bimanuel difficile ; l'examen gynécologique montre les organes de pluripare avec col utérin normal.

Laparatomie, mort.

A l'autopsie, on trouve dans le pôle supérieur du rein gauche, une tumeur du volume du poing ; la capsule surrénale gauche était de volume et de siège normal.

La laparatomie avait permis d'extraire une tumeur ovarique grosse comme une tête de fœtus.

La tumeur rénale et la tumeur ovarienne étaient toutes deux formées de tissu surrénal (hypernéphromes).

OBSERVATION VIII

(Monod, *Bulletin de la Société de Gynécologie de Bordeaux*, 1892.)

M^me^ B..., âgée de soixante et un ans, a toujours joui d'une

excellente santé. Elle a eu deux enfants et n'accuse aucun antécédent utérin.

Les règles ont toujours été normales; elle n'a jamais eu de pertes blanches ni de douleurs dans le petit bassin. La ménopause, qui remonte à dix ans, n'a été marquée par aucun incident, ni pertes sanguines séreuses, ni troubles généraux.

Au mois de septembre de l'année dernière, sans cause appréciable, Mme B..., au moment de se coucher, constata dans son vase de nuit la présence d'une notable quantité de sang mélangée aux urines. Elle supposa que le sang provenait de la vessie et me fit appeler. Je procédai, séance tenante, à l'examen des organes génitaux. La palpation abdominale, que la surcharge graisseuse de la paroi rendait difficile, ne me fournit que des résultats négatifs. Le col occupe sa place normale; il est petit, régulier; l'utérus est parfaitement mobile; les culs de-sac vaginaux sont libres. Le spéculum permet de confirmer ces renseignements, et notamment l'intégrité complète du museau de tanche. Par l'orifice, légèrement entr'ouvert, on voit sourdre un peu de sang brunâtre et inodore. J'avais donc la certitude que le sang perdu par la malade provenait bien de la cavité utérine. Je prescrivis des injections boriquées chaudes quotidiennes et des pilules d'ergotine à l'intérieur. Malgré ce traitement, régulièrement suivi, Mme B... a continué à présenter des pertes peu abondantes et plus ou moins intermittentes. Tantôt l'écoulement sanguin rappelle, comme quantité et comme aspect, des règles modérées, tantôt c'est un simple suintement continu, de couleur rouillée et sans odeur. Cet état persiste en juin 1892, c'est-à-dire dix mois après la première apparition du sang. La santé générale n'a pas subi la plus légère atteinte; Mme B..., qui a une tendance naturelle à

l'embonpoint, a plutôt engraissé depuis quelques mois ; l'appétit et le sommeil restent excellents. Elle a bon teint, a conservé toute son activité, et n'a jamais éprouvé la moindre douleur abdominale. Un nouvel examen local pratiqué dans le courant du mois de novembre est resté, comme le premier, absolument négatif.

OBSERVATION IX

(Monod, *Bulletin de la Société de Gynécologie de Bordeaux*, 1892.)

M^lle^ B..., âgée de soixante-deux ans, obèse, n'offre aucun trouble antérieur du côté des organes génitaux. Bien réglée, elle a vu la ménopause s'établir à cinquante ans, sans incident. Elle n'a jamais accusé, pendant cette période, ni perte sanguie exagérée ni douleur. Pendant les années qui suivirent elle a joui d'une excellente santé, à part une dyspnée habituelle qui avait pour cause un emphysème chronique, et les fatigues inhérentes à l'existence très active qu'elle était obligée de mener comme directrice d'une importante institution. Il y a un an, à l'âge de soixante et un an, survinrent pour la première fois des pertes blanches qui firent bientôt place à des pertes sanguines. Le sang apparaît à intervalles irréguliers qui varient entre un et quinze jours ; il est plus ou moins abondant, vermeil, sans odeur, parfois mélangé à des petits caillots. La malade accuse quelques douleurs dans la région des reins et du bas-ventre ; il existe aussi des envies d'uriner fréquentes et quelques empreintes rectales. Son moral est fortement impressionné par l'état insolite où elle se trouve et sa santé générale

en a quelque peu souffert ; aussi bien qu'elle conserve les apparences d'une robuste constitution, elle accuse une grande fatigue qu'explique suffisamment l'anémie réelle que les pertes persistantes entretiennent chez elle. J'ai examiné avec le plus grand soin l'état des organes génitaux, et je les ai trouvés absolument sains. Le col est très petit, un peu rouge, sa surface est lisse, sans trace d'érosion ni d'excroissance papillaire.

L'orifice externe est, comme celui des corps vierges, circulaire et très étroit. L'utérus qui est mobile ne paraît pas augmenté de volume.

Je viens d'apprendre il y a quelques jours à peine, la mort de M^lle^ B..., voici dans quelles conditions : depuis cinq mois, l'état général avait sensiblement empiré ; la malade accusait des troubles dyspeptiques continuels et des douleurs abdominales de plus en plus vives. Elle vint me voir à la fin de septembre de cette année. Je fus frappé de l'augmentation de volume de son ventre ; il existait une matité étendue de toute la région sous-ombilicale.

Une ponction pratiquée le 30 septembre donne issue à 8 litres de liquide jaune citrin. La composition de ce liquide, examiné par le D^r^ Denigès, répond plutôt au contenu d'un kyste para-ovarique qu'ovarique. La malade, soulagée à la suite de la ponction, repart pour la Dordogne.

Trois semaines après les douleurs sont intolérables et le dépérissement fait de rapides progrès.

Mon ami le D^r^ Jalaguier, de Paris, qui a l'occasion de voir M^lle^ B..., conseille de faire la laparotomie exploratrice sans se dissimuler d'ailleurs la gravité de la situation. Elle se disposait à partir pour Bordeaux où je devais pratiquer cette opération, lorsqu'elle mourut subitement pendant la nuit. L'au-

topsie n'a malheureusement pas été faite. Je suis convaincu, pour ma part, que cette malade était atteinte, outre la tumeur kystique que j'avais ponctionnée, d'un cancer viscéral, dont je ne puis préciser le siège.

OBSERVATION X

(*In* Robin et Dalché, *Traitement médical des maladies des femmes.*)

Une femme de quarante-sept ans, obèse depuis cinq ans, fille d'une mère obèse et diabétique, vint nous consulter pour des pertes, au moment de ses règles, si abondantes depuis trois ans qu'elle salissait jusqu'à quinze serviettes par jour. Elle était, en outre, habituellement constipée et présentait une chute considérable de tout l'abdomen surchargé de graisse, avec un peu de métrite chronique. Nous lui prescrivîmes des purgations légères, une ceinture abdominale et quelques injections chaudes. La malade revint nous voir plusieurs mois après : l'abondance des règles avait beaucoup diminué, elles ne duraient plus que quatre jours et ne contenaient plus de caillots.

CONCLUSIONS

I. — Lorsqu'on observe des métrorragies chez une obèse, les hémorragies utérines et la polysarcie ont une étiologie commune, c'est-à-dire, qu'elles procèdent de la même cause bien plus qu'elles ne dépendent l'une de l'autre.

II. — Les causes qui peuvent donner naissance d'une part aux métrorragies et d'autre part à l'adiposité exagérée sont : l'insuffisance ou l'instabilité ovarienne, l'insuffisance thyroïdienne, l'instabilité thyro-ovarienne, l'hyperépinéphrie, l'arthritisme, les intoxications et les infections.

III. — Les symptômes des hémorragies utérines chez les obèses sont variables suivant leur étiologie commune et suivant les diverses périodes de la vie sexuelle de la femme.

IV. — Le traitement des métrorragies chez les obèses doit être :

a) Un traitement local, s'adressant à l'hémorragie elle-même ;

b) Un traitement de l'état général de la malade de l'obésité.

Vu : le Président de la thèse,
ROBIN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Apert. — Les Dystrophies en relation avec les lésions de capsules surrénales.

— Dysthyroïdie bénigne.

Auvard. — Influence de la puerpéralité sur l'obésité (Gaz. des Hôpit., 1888).

Barthez. — Traité des maladies goutteuses, t. II.

Berkovitsch. — L'Obésité d'origine génitale chez la femme. Thèse de Paris, 1908.

Briquet. — La Tyroïdothérapie dans l'obésité (Journal de Médecine et de Chirurgie, 1901).

Bouchard. — Maladies par ralentissement de la nutrition.

Carnot. — L'Opothérapie, 1910.

— Sur divers types pathogéniques de l'obésité (Bulletin médical, 25, 26, 1906).

Caro. — Blutsbefinde bei adiposis.

Collard-Huard. — Thèse de Paris, 1911.

Dalché. — Dystrophie ovarienne (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux, 1901).

— Gazette des Hôpitaux, 1907.

— Hyper et hypoovarie (Gazette des Hôpitaux, 1907).

— Les Métrorragies après la ménopause (Gazette des Hôpitaux, Paris, 1912).

— Obésité et métrorragies (Semaine Gynécologique, 1913).

Dancel. — Traité théor. et pr. de l'obésité. Paris, 1863.

— Métrorragies chez les femmes chargées d'embonpoint (Gaz. des Hôpitaux, 1866).

Dordonville. — Dissertation sur l'obésité. Thèse de Paris, 1811.

Doléris. — Métrites et fausses métrites.

Fischer. — Glande tyroïde et appareil génital de la femme (Revue Neurologique 1896).

Freudenberg. — Gebærmuttorblutung zur zeit der Ménopause (Franeuarzt, Leipz, 1909).

Frœhlich. — Obésité d'origine hypophysaire.

Gallard. — Sur la métrorragie (J. de Méd. et Chirurg.prat. Paris 1884).

Gautier (*G.*). — Les Médications thyroïdiennes, 1902.

Glais. — Thèse de Paris, 1875.

Godard. — Thèse de Paris, 1900.

Hertoghe. — De l'Hypothyroïdie bénigne, chronique ou myxœdème fruste (Nouvelle Iconographie de la Salpétrière, 1899).

Jayle. — Effets physiologiques de la castration chez la femme (Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale, 1897-1898-1903).

Kich. — Die Fettleibigkeit. Stuttgart. 1888.

Labbé. — Symptôme et complication de l'obésité (Journ. de méd. de Paris, 1909).

Monod. — Hémorragies utérines chez les femmes âgées (Bulletins de la Société de Gynécologie de Bordeaux, 1892).

Pauliot. — Les Métrorragies des fosses utérines (Journ. de Méd. de Paris, 1912).

Parrhon et *Golstein.* — Les Sécrétions internes, 1909.

Rénon. — Utilité d'associer les médications opothérapiques (Société de Thérapeutique, 1907).

Robin et *Dalché.* — Traité médical des maladies des femmes, 1913),

Siredey et *Faure* (J.-H). — Traitement de Gynécologie médico-chirurgical, 1910.

Vinay, — La Ménopause.

Weil. — Hémorragies et troubles de la coagulation sanguine

(Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôpitaux de Paris, 1913).

— Les Ménorragies de la puberté (Ann. de Méd. et Chirurg. inf., Paris, 1912).

— Les Hémorragies supplémentaires des règles déviées (Rev. prat. d'Obst. de Gynéc., Paris, 1913).

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine Paris, — 2794-14